



# HISTORIAL DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS (ROS)

<input type="checkbox"/> <b>Constitucional</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oído/Nariz/Boca/Garganta</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ojos</b>
Buena Salud General Si No	Pérdida del oír o timbre Si No	Usa lentes/lentes de contactos Si No
Cambio reciente en el peso Si No	Problemas de sinusitis Si No	Visión doble/borrosa Si No
Sudores nocturnos, fiebre Si No	Sangre por la nariz Si No	Enfermedad de los ojos o herida Si No
Fatiga Si No	Dolor de garganta/cambio en la voz Si No	Glaucoma Si No
<input type="checkbox"/> <b>Cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> <b>Respiratorio</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gastrointestinal</b>
Dolor de pecho Si No	Falta de aire Si No	Nausea/vómitos Si No
Palpitaciones Si No	Tos Si No	Dolor en el abdomen Si No
Problemas en el corazón Si No	Asma/Sonido en el pecho Si No	Sangre por el recto Si No
Hinchazón en las manos/piernas Si No	Tos con sangre Si No	Problemas en el intestino Si No
<input type="checkbox"/> <b>Musculoesqueleto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> <b>Integumentario (Piel/Pecho)</b>
Dolor o calambres en los músculos Si No	Dolores de cabeza Si No	Cambio en las uñas o el pelo Si No
Hinchazón/rigidez en las coyunturas Si No	Parálisis o temblores Si No	Erupción o picazón Si No
Dolor en las coyunturas Si No	Convulsiones/Ataques Si No	Nudo en el pecho Si No
Problemas al caminar Si No	Entumecimiento/Calambre Si No	Dolor en el pecho o secreción Si No
<input type="checkbox"/> <b>Endocrino</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hematológico/Linfático</b>	<input type="checkbox"/> <b>Alergia/Inmunológico</b>
Sed/orina excesiva Si No	Amoratación fácil Si No	Alergias a comidas Si No
Enfermedad de las tiroides Si No	Cicatrización lenta Si No	Alergias a la aspirina Si No
Problemas de hormonas Si No	Glándulas inflamadas Si No	Alergia a los antibióticos Si No
<input type="checkbox"/> <b>Genitourinaria – Sólo Hombres</b>	<input type="checkbox"/> <b>Genitourinaria – Sólo mujeres</b>	<input type="checkbox"/> <b>Psiquiatría</b>
Sangre en la orina Si No	Sangre en la orina Si No	Insomnio Si No
Piedras en los riñones Si No	Piedras en los riñones Si No	Confusión/pérdida de memoria Si No
Problemas sexuales Si No	Problemas sexuales Si No	Depresión Si No
Dolor en los testículos Si No	Problemas de menstruación Si No	

**Historial Médico:** Por favor, indique Si o No si usted tiene alguno de los siguientes problemas médicos.

Presión Alta ..... Si No	Diabetes ..... Si No	Problemas del corazón ..... Si No
Problemas respiratorios ..... Si No	Embolia/Derrame ..... Si No	Cáncer ..... Si No
Problemas de sangramiento ..... Si No	SIDA/HIV ..... Si No	Otros problemas ..... Si No

Hospitalizaciones pasadas / Cirugías / Heridas / Fechas aproximadas

---



---



---

**Historia Familiar:** Por favor, indique los problemas médicos de sus familiares.

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Uso de tabaco: ☐ Nunca ☐ ¿Dejó de fumar? ¿cuando? \_\_\_\_\_ ☐ Si fuma actualmente/¿cuántas cajas al día? \_\_\_\_\_

Uso de alcohol: ☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ Moderado ☐ Diario ☐ Cantidad \_\_\_\_\_

Uso de drogas: ☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ ¿Qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL PACIENTE

**Aseguro que la información anterior es verdadera y completa.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## NOTAS: Declaración del Médico

**He revisado el cuestionario con el paciente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_